

Kontrollblankett för invasiva röntgenundersökningar

Datum		Namn:				
		Personnummer:				
Ifylls av vårdenhet	MRB-screening: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Smitta: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
	Fastande från kl:		PVK satt kl:			
	KAD Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Tömd blåsa <input type="checkbox"/>			
	Premedicinering:		klockan:			
	Antibiotikaprofylax Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		klockan:			
	Trombocythämmande läkemedel Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		utsatt datum:			
	Antikoagulantia Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		utsatt datum:			
	Blodtryck före undersökningen:					
	Dagsaktuella labbvärden		APTT:	PK:		
			Trombocyter:	Krea:		
Sign ssk:		Bastest:				
		Pat-ansvarig läkare:				
Ifylls av röntgen	Utförd undersökning:					
	Us började kl:		Us slutade kl:			
	Anestesi:					
	Heparin:					
	Kontrast:		Blodtryck efter undersökningen:			
	Utförande/kommentar:		Kran: Öppen <input type="checkbox"/> Stängd <input type="checkbox"/>			
	Eftervård:		Övriga läkemedel	Sign ssk	Sign läk	Tid
	Blödningsrisk <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Låg					
	Sängläge 2 h <input type="checkbox"/> 4 h <input type="checkbox"/> 12 h <input type="checkbox"/>					
	Lungröntgen Nej <input type="checkbox"/> kl:		Övrig information:			
Kontroll av <input type="checkbox"/> Puls och blodtryck <input type="checkbox"/> Punktionsställe						
Pat-ansvarig ssk/usk:		Assisterande ssk/usk:		Läkare:		

Använt material, se baksidan.